

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Janvier 1899, à 1 heure

PAR

J.-P.-E. POUMIER

Né à Léré (Cher), le 8 Janvier 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT

DES

HERNIES CRURALES IRRÉDUCTIBLES

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

QUENU et ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimerie de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Janvier 1899, à 1 heure

PAR

J.-P.-E. POUMIER

Né à Léré (Cher), le 8 Janvier 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT

DES

HERNIES CRURALES IRRÉDUCTIBLES

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

QUENU et ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

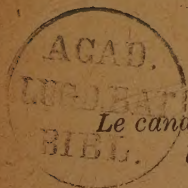
PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimerie de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RETTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRE.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULLE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A mes Amis

A mes Maîtres

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. le Professeur Berger

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

L'impossibilité presque absolue de contenir complètement la hernie crurale nous explique la fréquence de l'irréductibilité dans cette variété. Quelque attention que l'on apporte à placer la pelotte du bandage les mouvements continuels de flexion de la cuisse viendront sans cesse la déranger. On comprend que dans ces conditions la hernie aura toujours tendance à s'échapper et à augmenter de volume. De plus les froissements continuels de la part du bandage seront pour l'épiploon des points de départ d'épiploïte aiguë ou tout au moins d'indurations et de transformations lentes qui lui feront contracter des adhérences et l'empêcheront de se réduire dans la cavité abdominale. Aussi, comprend-on que l'irréductibilité se présente avec une fréquence relativement considérable de près de 10 0/0 tandis qu'elle n'est que de 2 0/0 dans la hernie inguinale.

En présence de cette fréquence nous avons pensé qu'il serait intéressant d'étudier les modifications opératoires que le chirurgien doit apporter à la cure radicale de la hernie crurale irréductible.

Mais avant de commencer cette étude nous tenons à dire à ceux qui nous ont guidé dans le cours de nos études combien nous leur sommes reconnaissants de la peine qu'ils ont prise à nous former et des marques de sympathie qu'ils nous ont si largement prodiguées.

M. le Professeur Berger nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et de nous permettre de décrire le procédé opératoire qu'il a créé pour la cure radicale de la hernie crurale.

Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour toute la bienveillance qu'il nous a témoignée en cette occasion et pendant le temps trop court que nous avons passé dans son service.

Nous sommes heureux d'exprimer notre plus vive gratitude à Messieurs les professeurs agrégés Letulle et Bar pour l'enseignement clinique dont nous avons profité dans leurs services.

M. le Docteur Banzet, chef de clinique chirurgicale de M. le professeur Berger, médaille d'or des hôpitaux, a bien voulu nous diriger dans l'exécution de ce travail. Nous tenons à l'en remercier ici.



Division

Nous diviserons notre travail en deux parties :

Dans la première, nous exposerons les notions générales d'anatomie et d'anatomie pathologique qui sont nécessaires pour comprendre les particularités du traitement.

Notre seconde partie sera consacrée au traitement. Elle comprendra plusieurs chapitres ainsi disposés.

Chapitre 1^{er}. — Indications et contre-indications de la cure radicale dans les hernies crurales irréductibles.

Chapitre 2. — Etude des principaux temps de la cure radicale.

Chapitre 3. — Manuel opératoire de M. le Professeur Berger.

Chapitre 4. — Suites et résultats de la cure radicale.

Puis nous résumerons notre travail dans quelques conclusions et nous citerons les deux derniers cas de hernies crurales que nous avons pu voir opérer.

Anatomo-pathologie des hernies crurales irréductibles

Les hernies crurales irréductibles peuvent se diviser en cinq groupes :

1° Les hernies ayant perdu par leur volume droit de domicile dans la cavité abdominale.

2° Les hernies irréductibles par transformation du contenu du sac, mais sans adhérences.

3° Les épiplocèles et entéro-épiplocèles adhérentes.

4° Les hernies adhérentes par glissement.

5° Les sacs herniaires déshabités, mais ayant subi une transformation lipomateuse ou kystique.

A. — Hernies ayant perdu droit de domicile dans la cavité abdominale.

Sur 1,241 cas de hernies crurales réunis par le Pr Berger (1), nous ne trouvons notés que neuf cas où le volume excessif de la hernie rendait la réduction impossible. Ces hernies sont donc rares. Elles contiennent le plus souvent une grande quantité d'anses intestinales et de l'épiploon ordinairement adhérent au sac.

(1) Résultat de 10,000 observations de hernie. Berger, 1896.

B. — Le second groupe comprend les hernies dont le contenu a subi une modification qui en a augmenté le volume. C'est dans cette classe que trouvent place les néoplasmes de l'intestin hernié, la tuberculose du sac, de l'intestin ou de l'épiploon, la transformation kystique de l'appendice, les kystes de l'ovaire ou de l'épiploon herniés. A côté de ces cas rares, on trouve plus fréquemment l'épiploon hypertrophié, induré, épaissi, ne présentant aucune adhérence au sac et au collet, mais ne pouvant par le fait de son accroissement de volume franchir de nouveau l'anneau crural.

C.) *Hernies irréductibles par adhérences.* — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Une hernie crurale peut sortir et se montrer irréductible d'emblée, Le plus souvent c'est une petite hernie jusque-là bien réductible qui subitement, sous l'influence d'un effort ou d'un froissement du bandage, devient irréductible. Dans les deux cas, en même temps que l'irréductibilité, se manifestent des symptômes d'épiploïte. La tumeur est douloureuse, parfois fluctuante ; en même temps se montrent quelques symptômes généraux, des coliques, quelques nausées, un peu de constipation.

Dans le sac l'épiploon est augmenté de volume fortement vascularisé. Il se produit un exsudat laissant déposer la fibrine en suspens surtout au niveau du collet et produisant à ce niveau des adhérences

glutineuses fermant le sac et pouvant par ce mécanisme donner lieu à un hydro-épiplocèle si le liquide exsudé est en quantité suffisante. Cette réaction inflammatoire apaisée les exsudats peuvent se résorber, les adhérences qui n'ont pas eu le temps de s'organiser se rompre et la hernie devenir réductible. Mais le plus souvent même quand la tumeur semble rentrer complètement, des adhérences persistent et après de nouvelles poussées d'épiploïtes la hernie deviendra constamment et complètement irréductible.

Voici ce que l'on trouve dans ces cas.

Le sac parfois très mince est le plus souvent épaissi et résistant. La graisse péritonéale qui avait servi d'amorce à la hernie peut prendre un développement considérable formant un revêtement graisseux plus ou moins épais ou bien congloméré se présenter sous forme d'un véritable lipome.

Le sac peut présenter des adhérences extérieures. Elles présentent de l'intérêt en trois points : à l'anneau crural, aux vaisseaux fémoraux et au fascia crebriformis. A l'anneau crural elles sont ordinairement lâches et plutôt celluleuses que fibreuses et ce n'est que rarement qu'elles empêchent d'isoler le collet du sac et de l'attirer au dehors.

Il en est de même aux vaisseaux fémoraux. Dans certains cas cependant, les adhérences sont tellement serrées qu'il faut faire une véritable dissection de ces vaisseaux pour les séparer du sac,

Le Fascia crebriformis peut être épaissi, rigide, adhérent faiblement à la paroi externe du sac, formant comme un second anneau fibreux à la hernie qu'il peut contribuer à étrangler.

La face interne du sac peut contracter des adhérences avec l'épiploon ou l'intestin hernié.

Avec l'épiploon ces adhérences sont généralement courtes et serrées fusionnant complètement le sac et l'épiploon. Elles peuvent siéger soit sur une petite partie du sac, d'ordinaire à la face postérieure, soit adhérer à toute son étendue formant ainsi une seconde enveloppe où pourra venir se loger l'intestin.

Au collet ces adhérences sont presque la règle. Elles se font tantôt sur une partie seulement de son pourtour, en arrière de préférence, mais parfois elles sont unies intimement avec toute la séreuse à ce niveau ne laissant aucun passage au doigt ou à la sonde qui cherche à les séparer.

On peut rencontrer dans ces cas la persistance de l'épanchement séreux, dont nous avons vu plus haut la formation dans les poussées d'épiploïte aiguë et auquel Duplay (1) a donné le nom d'hydro-épiplocèle chronique.

Les adhérences épiploïques remontent parfois au-dessus du collet du sac et viennent s'attacher plus ou moins haut au péritoine intra-abdominal.

(1) Duplay. Semaine médicale, 1893.

L'intestin grêle, quand il est contenu dans la hernie, peut contracter diverses adhérences.

Ces adhérences se font tantôt directement avec les parois du sac, tantôt avec l'épiploon, ou avec les deux à la fois. Elles se font le plus souvent en surface et il existe alors une fusion plus ou moins étendue et intime entre l'anse intestinale et le sac. Elles peuvent être aussi constituées par des tractus celluloux ou par plusieurs brides fibreuses qui attachent l'intestin au fond ou aux parois du sac, mais plus souvent à son collet.

Les adhérences peuvent encore unir l'intestin à une anse intestinale voisine, ou même accoler les deux bouts d'une même anse intestinale et devenir le point de départ de dispositions anormales qui entraveront le cours des matières dans l'intestin hernié.

Nous devons signaler aussi les cas où l'épiploon, l'intestin et le sac sont absolument confondus par le fait d'adhérences très étendues formant un magma cellulo-fibreux dans lequel l'intestin semble creusé.

Le gros intestin peut présenter diverses variétés d'adhérences, il peut contracter par le fait de l'inflammation des adhérences en tout semblables à celles de l'intestin grêle, mais il est deux autres formes sur lesquelles nous devons insister et qui constituent les adhérences par glissement. Nous devons pour en tirer des déductions opératoires étudier brièvement le

mécanisme pour le cœcum que l'on rencontre presque exclusivement dans la hernie crurale.

Le cœcum est attaché dans la fosse iliaque par un repli du péritoine, véritable meso-cœcum. En descendant dans la hernie crurale il peut entraîner avec lui ce méso qui quittant ses points d'attache à la fosse iliaque, glisse et vient contracter des adhérences avec l'anneau crural et le tissu conjonctif ou fibreux du trajet herniaire.

Nous avons alors le cœcum contenu dans un sac complet mais adhérent à la partie postérieure du canal crural par les ligaments péritonéaux normaux, qui au lieu de s'attacher aux parois de l'abdomen viennent s'attacher aux parois du canal crural. Ce sont ces adhérences que Scarpa a étudiées sous le nom d'adhérences charnues naturelles.

Dans d'autres cas le cœcum peut venir s'engager entre la face pariétale du péritoine et fascia illiaca, non pas directement puisqu'il a un méso complet, mais en basculant et en venant s'engager à sa réunion avec le côlon ascendant, point où le revêtement péritonéal peut être incomplet. Dans ces cas le cœcum faisant hernie ne sera plus contenu dans un sac complet, il pourra être directement en rapport et adhérer aux parois du canal crural. Le péritoine qu'il a entraîné venant former un sac herniaire latéral où pourront s'engager d'autres viscères.

L'appendice entraîné par le cœcum se trouve

souvent dans la hernie crurale soit seul, soit avec le cœcum, il peut contracter des adhérences, mais le plus souvent il y subit une transformation kystique ou une infiltration tuberculeuse (1).

C'est encore dans cette classe de hernies par glissement que nous devons signaler les cystocèles crurales.

La vessie peut basculer dans un sac herniaire complet, mais le plus souvent elle glisse sous la paroi profonde d'un sac herniaire et n'est le plus souvent reconnue qu'au moment de l'opération (2).

L'ovaire et la trompe ont été trouvés adhérents par le même mécanisme dans les hernies crurales et dans deux cas y entraîner l'utérus.

5^e Classe. — *Hernie constituée par un sac herniaire déshabité et oblitéré, mais ayant subi une transformation lipomateuse ou kystique.*

Dans une hernie réductible et bien maintenue par le bandage, le collet peut en effet se rétracter et s'oblitérer en totalité ou en partie. Assez souvent ces sacs séparés du péritoine deviennent le siège d'une accumulation de sérosité et se transforment en kystes : kystes sacculaires s'il n'existe aucune communication avec le péritoine abdominal, à travers le pédicule, pseudo-kystes sacculaires si cette communication existe.

(1) Thèse Merigot de Treigny, Paris 1887.

(2) Thèse Morin, Paris 1897.

D'autres fois les parois du sac s'accolent ; la graisse sous-péritonéale qui avait frayé le chemin à ce sac s'hypertrophie, le recouvre, formant ainsi un vrai lipôme au milieu duquel il est parfois difficile de retrouver le sac.

Il est difficile d'apprécier la fréquence relative de ces différentes variétés de hernies.

Les plus rares sont celles de l'utérus dont on ne rapporte que deux cas, puis viennent les hernies de l'ovaire et de la trompe.

La cystocèle crurale est un peu plus fréquente.

Hermes (1) en rapporte 11 cas. — Nous en trouvons 19 dans la thèse de Morin (2). Puis viennent les hernies du cœcum et de l'appendice par glissement.

Pour les autres variétés la statistique de M. le Professeur Berger (3) donne les résultats suivants : sur 1241 hernies crurales, trente-deux sont très difficilement réductibles. Neuf ont perdu droit de domicile dans l'abdomen et cent complètement irréductibles composées d'épiplocèles ou d'entéro-épiplocèles adhérentes.

Ce sont surtout ces dernières dont la fréquence est de beaucoup plus grande que nous aurons surtout en vue dans la seconde partie de notre travail.

(1) Hermes. Deutsche Zeitung für Chirurg. 1897.

(2) Morin. Thèse, Paris 1897.

(3) Berger. 10.000 observations de hernies.

Indications et contre-indications de la cure radicale

Les indications de la cure radicale dans les hernies crurales irréductibles sont formelles. Elles sont fournies par deux considérations : l'impossibilité de la contention par un bandage et les accidents auxquels ces hernies donnent lieu.

L'irréductibilité de la hernie oblige au port d'un bandage concave mais quelque bien fait et bien appliqué que soit ce bandage la contention ainsi obtenue est illusoire à cause de la faiblesse d'action du ressort. De plus les mouvements de flexion de la cuisse dérangent à chaque instant la pelote et les froissements causés ainsi sont vite douloureux et peuvent même provoquer des poussées d'épiploïte.

Mal contenue, la hernie crurale est plus que tout autre sujette à présenter des accidents. Nous ne pouvons mieux faire que de citer les chiffres obtenus par M. le Professeur Berger.

Sur 1241 hernies crurales, quatre avaient présenté de l'épiploïte et de l'irréductibilité passagère, 96 avaient été étranglées et 6 avaient présenté de la péritonite herniaire soit 6,45 % d'accidents tandis

que la proportion est de 1,45 % dans les hernies inguinales.

L'indication de la cure radicale n'est pas moins formelle dans les sacs déshabités et transformés en kystes ou en lipomes, bien que ces hernies ne présentent pas d'accidents par elles mêmes.

Elles laissent subsister au dessus d'elle l'infundibulum herniaire dans lequel tendent à s'engager à chaque instant de nouvelles masses intestinales ou épiploïques.

Nous voyons donc que la cure radicale doit être proposée tout particulièrement pour la hernie crurale irréductible à moins de contre-indications formelles.

Ces contre indications sont tirées soit de l'état local, soit de l'état général.

Les contre indications générales, sont les mêmes dans toutes les variétés de hernie. Elles sont dues à une affection organique des appareils respiratoires ou circulatoires, de l'état du rein, des dyscrasies et cachexies diverses. Seule la question de l'âge revêt ici un aspect particulier. En considération de tous les accidents graves auxquels sont exposés les porteurs de hernies crurales irréductibles, tous les chirurgiens sont d'accord pour opérer ces hernies dans un âge beaucoup plus avancé que dans les autres variétés jusques et même parfois au delà de la soixantaine. Une contre indication locale est fournie par l'état des parois

surtout quand il existe des hernies multiples inguinales et crurales, symptômes de cet état particulier de faiblesse appelé par M. Berger distention de l'aîne.

Une autre contre indication locale, mais momentanée provient de l'état inflammatoire du contenu de la hernie, quand cette inflammation ne consiste que dans une poussée d'épiploïte ou de péritonite herniaire, sans phénomènes d'étranglement.

Dans ces cas, en effet, l'épiploon est toujours plus ou moins infecté et l'on s'exposerait en réduisant le moignon septique à avoir des suppurations au niveau de ce moignon (1). De plus, l'épiploon et l'intestin sont recouverts d'exsudats, qui une fois la réduction faite pourront provoquer des adhérences, donner à l'intestin une courbure brusque, un adossement en canons de fusil en l'enserrant d'une bride épiploïque (2) pourront donner lieu à des accidents d'étranglement interne. Il sera donc préférable d'apaiser par l'application de quelques vessies de glace, les phénomènes inflammatoires et d'attendre la résolution complète pour opérer. Mais cette contre indication n'est que momentanée et deviendra une indication formelle aussitôt que l'inflammation aura disparu.

Le volume excessif de la tumeur est presque dans tous les cas une contre indication. La réduction d'une

(1) Reynier. — Congrès français de Chirurgie, 1898.

(2) Ricard. — Gazette des hôpitaux, 1895.

masse considérable, d'anses intestinales, outre les difficultés opératoires qu'elle présente, peut contribuer à produire la congestion passive du poumon déjà favorisée par le décubitus que doit garder le malade. Aussi voyons nous cet accident fréquent après les cures radicales de hernies volumineuses. La statistique de Kramer (1), donne dans ces cas une mortalité de 10 0/0.

Cependant lorsque le volume de la tumeur n'est pas excessif et lorsque l'état général est excellent on peut pratiquer la cure radicale.

La destention considérable de l'anneau, la pression considérable de la paroi abdominale pourront dans beaucoup de cas, entraver la guérison parfaite et causer une récurrence. Mais même avec ce résultat défavorable, la contention de la Hernie par les bandages, sera devenue facile, ou tout au moins possible et aura atténué dans une grande mesure l'infirmité considérable qui existait auparavant.

(1) Kramer. — Arch. fur. Klin, Chirurgie, 1895, p. 260.

Etude des principaux temps de la cure radicale

Pour donner le minimum des chances de récidi-
ves, toute cure radicale doit remplir un triple but.

1° Supprimer le sac herniaire non seulement dans le trajet et dans l'anneau, mais aussi dans sa portion intra abdominale, ou il forme un plan incliné sereux par où viendrait glisser et s'engager de nouvelles masses intestinales.

2° Supprimer l'épiploon hernié à un niveau suffisamment élevé, pour que les franges graisseuses ne viennent plus en contact de l'orifice ou elles auraient tendance à s'engager.

3° Fermer le trajet herniaire et lui donner une résistance suffisante, pour ne pas céder sous la pression abdominale.

Les statistiques de Bresset, nous montrent toute l'importance de ces trois conditions.

Nous y trouvons en effet 232 cas opérés sans suture de l'anneau avec 67 récidi-
ves = 28 0/0; tandis que la proportion n'est que de 8, 6 0/0 dans 163 cas avec suture de l'anneau présentant 14 récidi-
ves.

Nous omettrons donc à dessin des procédés qui laissent le sac en place en se contentant de l'oblitérer par des cautérisations (Wölfer) ou des sutures (Bilroth-Julliard-Terrillon) ou qui, après avoir ligaturé le sac aussi haut que possible, se contentent de le ressequer sans toucher au trajet (Mitchel Banks).

Les différents procédés proposés pour la cure de la Hernie crurale ne diffèrent qu'aux trois principaux temps de l'opération. Traitement du sac. Traitement de l'épiploon. Oblitération du canal Herniaire.

1° *Traitement du sac.*

Tous les procédés mis en œuvre ont pour but la destruction complète de l'infundibulum péritonéal.

La majorité des chirurgiens arrivent à ce résultat en suivant les préceptes de L. Championnière qui en exerçant avec force des tractions sur le collet du sac et en détruisant les adhérences celluleuses qui peuvent l'unir au canal crural attire le péritoine abdominal, le lie, et extirpe tout l'infundibulum péritonéal qui se trouve ainsi placé au-dessous de la ligature.

Pour être plus certain de ne laisser subsister aucune trace d'infundibulum Barker (1) reprend les chefs du fil qui a servi à faire cette ligature, les conduit sur une aiguille mousse dans le tissu cellulaire sous-péritonéal leur fait traverser d'arrière en avant

(1) O. Hara. — Brit. Med. Journ. 1893, p. 1667.

les plans musculo-aponévrotiques de la paroi et les lie à trois centimètres environ au-dessus de l'arcade de Fallope sur l'aponévrose du grand oblique.

Ces deux procédés sont applicables à toutes les variétés de Hernies crurales avec ou sans adhérences.

Les procédés suivants qui nécessitent la destruction préalable des adhérences que l'épiploon peut avoir contracté avec la paroi interne du sac nous paraît d'une exécution beaucoup plus compliquée dans le cas de Hernies adhérentes.

Ball (1) tord plusieurs fois le sac sur lui-même. Il obtient ainsi une forte tension du péritoine abdominal effaçant tout infundibulum, puis par une ligature il fixe le péritoine ainsi tendu et resèque le sac.

Davis (2) avant de serrer la ligature au-dessus du collet, invagine le sac à l'intérieur de l'abdomen puis au moyen d'un fil fixé au fond du sac l'attire et l'applique comme un tampon intra-péritonéal sur l'ancien orifice.

Macewen (3) forme aussi un tampon avec le sac pelotonné, mais il fixe cette pelote dans le tissu cellulaire au-dessus de l'orifice herniaire.

Kocher (4) a appliqué sa méthode de transposition à la hernie crurale. Le sac isolé est attiré au tra-

(1) Ball. — British. med. journal 1887.

(2) Davis. — Annales of surg. janvier 1896.

(3) Macewen. — Britisch med. journal 1887.

(4) Kocher. — In S. Berezowski. Deutsche Zeit fur Chir. 1895

vers d'une incision pratiquée à travers l'aponévrose du grand oblique au-dessous du canal inguinal. Il est alors fixé dans cette position par la suture fermant l'incision ainsi pratiquée.

Traitement du contenu du sac. — Quelles que soient la nature ou l'étendue des adhérences, il est bien évident qu'une bonne cure radicale ne saurait être effectuée sans une disparition totale de celles-ci. Mais si ce temps de l'opération est essentiel, c'est aussi celui qui présente les plus grandes difficultés dans la cure radicale des hernies adhérentes.

Traitement de l'épiploon adhérent. — Les adhérences épiploïques sont de toutes les plus communes. Ce sont aussi celles qu'il semble toujours possible de détruire. L'opérateur peut en effet enlever de l'épiploon telle quantité qu'il désire, il est libre de placer ses sections où il veut. Il s'agit seulement pour lui de faire de bonnes ligatures assurant l'hémostase et empêchant tout suintement intra-abdominal.

Mais nous avons vu que l'épiploon peut adhérer sur tout le pourtour du collet et même sur le péritoine abdominal sans qu'il soit possible de passer le doigt ou un instrument pour détruire ces adhérences.

On a proposé dans ces cas de fendre l'arcade de Fallope pour parvenir profondément sur le collet du

sac. C'est la pratique de Delagenière (1) pour la suture du trajet. Elle a l'inconvénient de laisser après la suture un espace triangulaire que le travail de réparation doit combler et qui peut livrer passage à une seconde hernie. Berger (2) cite une récurrence survenue dans ce cas.

On a proposé de lier en masse le collet du sac avec le pédicule épiploïque adhérent, mais l'opération faite de la sorte est incomplète et laisse subsister au niveau de l'orifice herniaire une amorce pour une nouvelle récurrence.

Dubois (3) qui a fait une règle de ce procédé d'exception a publié onze opérations avec 4 récurrences, soit 27,5 0/0 de récurrences.

De plus les adhérences qui persistent sont presque toujours le point de départ d'accidents douloureux et même d'étranglement interne.

Nous décrirons dans un chapitre spécial le procédé du Professeur Berger, qui attirant en masse le sac et l'épiploon permet d'ouvrir le sac au-dessus du collet et des adhérences et de ligaturer à ce niveau l'épiploon.

(1) Delagenière. Archiv provinciales de Chirurgie, 1896.

(2) Berger. Bulletin médical, mai 1895.

(3) Dubois. Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Bruxelles, 1885.

Adhérences intestinales.— Ces adhérences sont faciles à rompre quand elles sont récentes. Mais le plus souvent elles sont organisées, fusionnant l'intestin avec l'épiploon ou le sac. Elles exigent alors une dissection longue et minutieuse. De plus, ces adhérences sont vasculaires, elles donnent lieu à un écoulement sanguin plus ou moins abondant, mais qui est difficile à arrêter et peut devenir dangereux. Force est souvent à l'opérateur de laisser adhérer à l'intestin des lambeaux du sac ou des fragments de l'épiploon.

L'opération présente des difficultés encore plus grandes quand le gros intestin est descendu dans la hernie. Deux cas peuvent alors se présenter.

Si le cœcum est contenu dans un sac complet, il adhère par son meso aux parties postérieures du canal crural. On ne peut songer à séparer le cœcum de son meso car on détruirait ainsi les vaisseaux et les nerfs du viscère hernié. Il sera nécessaire de réduire le cœcum et ses adhérences, soit en réduisant tout le sac et faisant une suture de l'anneau, soit exciser la portion du sac qui n'adhère pas et fermer le sac au catgut le plus haut possible.

Si le cœcum n'est recouvert qu'en partie par le sac il risque beaucoup d'être blessé pendant l'opération. Il faudra cependant là encore, essayer de le libérer des adhérences qu'il aura pu contracter en conservant la partie du sac contenant les vaisseaux, resé-

quer le reste, et suturer le sac le plus haut possible

Julliard (1) se trouvant en présence de deux hernies adhérentes par glissement, a réséqué la partie d'intestin adhérente et a réuni ensuite par une enterrographie circulaire les deux bouts d'intestin. Cette conduite lui a procuré deux succès.

Villard (2) en présence d'un intestin grêle gangrené a réséqué la portion malade et a produit l'anastomose des deux bouts sains par le bouton de Murphy légèrement modifié. Il rapporte 4 cas personnels suivis de 4 guérisons ; 8 cas opérés dans les mêmes circonstances par Murphy ont donné une mort par péritonite antérieure à l'opération. Enfin 10 cas semblables opérés par Wiener par le bouton anastomotique ont donné 10 guérisons.

Nous n'avons pu trouver pour les enterocèles adhérentes d'autres exemples de ces procédés mais nous pensons qu'en présence de résultats aussi favorables la conduite de Julliard pourrait être suivie dans les hernies du gros intestin par glissement.

Le procédé du bouton anastomotique pourrait être aussi employé avec avantage quand des adhérences nombreuses étendues particulièrement difficiles à disséquer réunissent en une même masse le sac, l'épiploon et l'intestin.

(1) Julliard. Congrès de chirurgie, 1895.

(2) Villard. Congrès de chirurgie, 1895.

La vessie quand elle sera trouvée dans la hernie sera libérée de ses adhérences et réduite. Mais le plus souvent la vessie n'est reconnue qu'à la suite de sa blessure. Dans ce cas après avoir suturé la vessie et l'avoir réduite on peut fermer le trajet herniaire mais il sera toujours préférable de se contenter de tamponner ce trajet pour pouvoir exercer une surveillance, surtout si la plaie est intra péritonéale.

La trompe et l'appendice seront réséqués. Il en sera de même de l'ovaire, malade et dégénéré dans la plupart des cas.

Occlusion du trajet herniaire. — Nous pouvons classer en deux catégories les procédés opératoires qui s'adressent à ce temps de la cure radicale.

Dans les premiers l'anneau et le trajet sont comblés sans que l'on se préoccupe de rapprocher les bords fibreux de l'anneau.

Dans les seconds au contraire le but principal à atteindre est la suture de cet anneau.

Marchand (1), Delorme (2), Championnière (3), craignant de ne pouvoir mettre en contact les bords fibreux de l'anneau et surtout d'obtenir la persistance de ce contact par des adhérences solides suturent les

(1) Marchand. Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie 1892.

(2) Delorme. Arch. de méd. et pharmac. militaire 93-94-95.

(3) Championnière. In Thèse Termet 1898.

plans fibreux qui s'étendent en avant de cet arcade avec le muscle pectiné et son aponévrose, tendant ainsi devant l'anneau crural un rideau fibreux.

Le principe est le même dans le procédé de Salzer (1).

Il taille un lambeau quadrilatère à base supérieure correspondant à la crête pectinéale comprenant non seulement l'aponévrose mais aussi les fibres superficielles du pectiné. Puis relevant ce lambeau de bas en haut il fixe ce rideau musculo aponovrotique à la crête de Fallope.

Pouillet a exposé aux 9^e, 10^e et 11^e congrès de chirurgie un procédé qui ne saurait s'appliquer entièrement aux hernies irréductibles puisque le sac n'est pas ouvert, mais son procédé de suture peut s'appliquer à tous les cas.

Il consiste à fermer par une sorte de suture en surjet l'anneau au moyen d'une fibre tendineuse détachée du droit antérieur ou des adducteurs en conservant son insertion supérieure. Cette fibre, continuant à vivre et se soudant aux plans voisins, formerait ainsi une barrière tendineuse au devant de l'orifice.

Waston Cheyne, A. de Garay et Schwartz emploient les muscles voisins pour obturer l'orifice her-

(1) Salzer. Centrablatt, fur chirurg. 1892.

niaire. Waston Cheyne (1) prend un lambeau sur le pectiné, mais au lieu de se borner à le doubler de quelques fibres superficielles comme Salzer, il le taille de toute l'épaisseur du muscle, le relève et le fixe profondément dans l'anneau crural.

A. de Garay (2), après avoir découvert par une incision spéciale le couturier, le divise en deux moitiés par une incision parallèle à ses fibres. Puis il sectionne la moitié interne, obtenant ainsi un lambeau interne longitudinal qu'il conduit devant l'anneau crural au moyen d'une incision transversale de la peau. Il suture ce lambeau à l'arcade de Fallope, au ligament de Gimbernat et au pectiné.

Schwartz (3) met à nu la gaine des muscles adducteurs et taille dans le muscle moyen adducteur un lambeau plus large que l'orifice crural à combler ; on retourne le lambeau de manière à placer sa face superficielle dans l'anneau crural où on l'enfonce profondément. Puis on suture.

Thiriar (4) prenant une plaque d'os décalcifié l'enfonce et la suture dans l'anneau crural. La destination de cette plaque d'os est de subir une transfor-

(1) W. Cheyne, *Lancet*, 1892.

(2) A. de Garay. Congrès Pan-Américain. In semaine médicale, 1896.

(3) Schwartz. In Thèse Gesland, Paris, 1897.

(4) Thiriar, Association française de Chirurgie, 1893:

mation fibreuse, contractant ainsi des adhérences avec les tissus voisins et fermant ainsi le canal crural. Mais il est difficile d'obtenir l'asepsie parfaite de l'os, et sur 21 cas rapportés par Thiriar, deux fois il dut enlever l'os pour suppuration prolongée.

Tredelenburg (1) cherche à fermer l'anneau crural par un lambeau périostique détaché du pubis. Pour ce faire, il découvre le côté sain de la symphyse et taille aux dépens de ce côté, de la symphyse et du côté proche de la hernie, un lambeau ostéo-périostique large de deux centimètres et épais de plusieurs millimètres, en ayant soin de conserver la continuité du lambeau périostique avec le périoste pelvien au niveau de l'épine du pubis, du côté de la hernie. Renversant ce lambeau de façon à ce que sa face saignante soit en avant, il suture son extrémité supérieure en arrière du ligament de Poupart, puis au moignon du sac.

A côté de ces procédés qui cherchent l'oblitération de l'anneau herniaire par une barrière organique empruntée aux tissus voisins, nous trouvons les procédés qui cherchent à accoler les bords de l'anneau crural. « Au premier abord, dit le P^r Berger(2), j'aurais cru difficile ou même impossible d'obtenir ce résultat en raison de la tension de l'arcade de Fallope : une

(1) Hachenbruch, Beiträge zur klin. chirurg. 1894.

(2) Berger. Bulletin de la Soc. de Chirurgie, 1892.

expérience répétée m'a montré que rien n'était plus facile... J'ai toujours été surpris du peu de force qu'il faut pour amener et maintenir l'arcade de Fallope au contact du pubis, aussi j'ai tout lieu de croire que les adhésions obtenues de la sorte peuvent se transformer en une oblitération définitive de l'anneau crural ».

Réservant pour une description plus détaillée le manuel opératoire du professeur Berger, nous décrivons en quelques mots les autres procédés de suture.

Bassini (1) réunit par trois ou quatre points de suture verticaux, espacés d'un demi-centimètre, le ligament de Cooper et l'aponévrose du pectiné à l'arcade fémorale. Puis il réunit le repli falciforme à la partie correspondante de l'aponévrose pectinéale par quelques sutures.

Tricomi (2) préconise une suture en bourse avec cinq anses de soie comprenant : le ligament de Fallope, la gaine des vaisseaux, le fascia-pectinéa, le muscle pectiné, le ligament de Gimbernat et l'arcade de Fallope en sortant près du point d'entrée. Il enserre ainsi l'anneau dans une sorte de sphincter.

Fabricius (3) détachant l'arcade de Fallope de son insertion au pubis pour permettre une adaptation

(1) Bassini. *Archiv. sur Kline chirurg.* 1894.

(2) Tricomi. *Revue chirurgie*, 1892.

(3) Fabricius. *Contrablatt, sur chirurgie*, 1894.

plus facile, suture cette arcade à l'aponévrose du pectiné, au pectiné et au périoste sous-jacent.

Jaboulay (1), au lieu de détacher simplement l'arcade, enlève en même temps l'épine du pubis au ciseau et recourbant l'arcade de Fallope se sert de ce bouchon fibro-osseux pour obturer l'anneau.

Delagenière fend l'arcade sur une hauteur d'un à deux centimètres, puis il abaisse et suture isolément chacune de ces moitiés à l'aponévrose du pectiné, mais il laisse ainsi entre ces deux lambeaux un espace triangulaire qui peut servir de passage pour une récurrence.

Il nous reste à parler de deux méthodes qui empruntent pour arriver sur le pédicule de la hernie une voie toute différente des précédentes.

Tuffier mettant en pratique en France le manuel opératoire de Ruggi et de Parlavecchio en Italie, se sert de la voie inguinale pour rechercher et lier le plus haut possible le pédicule de la hernie. Voici son manuel opératoire :

Incision parallèle au canal inguinal partant de son orifice cutané pour se prolonger à quatre travers de doigt en haut et en dehors, ouverture du canal inguinal en respectant autant que possible les orifices

(1) Duhairot. Thèse de Lyon, 1895-1896.

aponévrotiques. On reconnaît l'anneau crural et la traction du doigt suffit le plus souvent pour attirer la hernie en dehors de la plaie inguinale. Si le contenu est irréductible, le péritoine est ouvert au-dessus de la hernie, l'épiploon reséqué au-dessus des adhérences, le sac reséqué bien au-dessus de son collet, puis l'arcade crurale suturée au ligament de Cooper.

Lawson Tait (1) a traité les hernies crurales, par la laparotomie médiane et préconisé son procédé surtout pour les hernies crurales étranglées. Si cette méthode permet en effet, de se rendre facilement compte de l'état de l'intestin elle n'apporte aucune facilité particulière pour la suture de l'anneau et l'excision et la pédiculiculation du sac.

(1) Lawson Tait-Britisch-méd. Journal 1891.



Manuel Opératoire du Professeur Berger

I. — Nous décrivons d'abord le procédé applicable à l'opération des hernies réductibles.

1^{er} Temps. Incision des téguments. — La direction de l'incision importe peu ; on la fait d'ordinaire verticale ; elle doit être longue et dépasser par en haut notablement le niveau de l'arcade de Fallope. On récline en dedans ou en dehors mais plutôt en dedans la saphène interne et les veines tégumentuses abdominales si elles se présentent ; on extirpe les ganglions lymphatiques s'ils sont engorgés ou gênants et l'on arrive rapidement sur la face externe du sac, en divisant avec la sonde cannelée les couches lamelleuses qui représentent le fascia superficialis et le fascia crebriformis. Il importe, dans toutes ces manœuvres de dissociation et de dissection, de se servir aussi peu que possible du doigt dont le contact expose toujours plus aux contaminations septiques que celui de la sonde cannelée et des pinces.

2^me Temps. *Isolement du sac.* — Quand on est sur le fond du sac, qui est en général doublé d'une couche abondante de graisse, constituant une véritable lipome herniaire on saisit ce fond et on l'attire fortement en avant circonscrivant et isolant rapidement toute la circonférence avec la sonde cannelée. Il suffit d'un instant pour y arriver, le sac des hernies crurales ne contractant presque jamais d'adhérences extérieures, mais il présente souvent des bosselures qui lui donnent une forme lobée. Ces bosselures quand elles existent sont dégagées, attirées en avant avec le sac lui-même ; on arrive ainsi jusqu'au pédicule de la Hernie. On circonscrit alors ce pédicule en dégageant successivement avec la sonde cannelée de manière à bien les voir : 1° au dessus et en avant de ce pédicule, l'arcade de Fallope dont on découvre le bord ainsi que la face antérieure dans une étendue de cinq à six centimètres. On reconnaît également les fibres Gimbernatiques qui s'en détachent en dedans. 2° En dedans du pédicule, l'aponévrose du muscle pectiné que l'on doit dégager du tissu cellulaire qui le recouvre jusqu'à ses insertions au pubis en haut, en bas jusqu'en arrière de la Hernie, elle-même. 3° En dehors avec beaucoup de précaution on constate la situation de la veine femorale qu'on évite de dénuder ; par quelques manœuvres très prudentes on isole

entièrement son bord interne du pédicule de la hernie et aussi de l'aponévrose du pectiné, de manière à pouvoir la refouler et la maintenir réclinée vers le côté externe.

3^e Temps. — *Ouverture, pédiculisation, excision du sac.* — Après avoir palpé avec attention le sac et s'être assuré qu'il ne renferme pas d'intestin, on saisit son fond avec deux pinces hémostatiques ou deux pinces de Kocher entre lesquelles on le fend. On a souvent à traverser toute l'épaisseur du lipome herniaire pour arriver à sa cavité ; quand celle-ci est ouverte, on s'assure qu'elle est vide, on y introduit l'index gauche qu'on cherche à pousser le plus loin possible du côté de l'orifice herniaire, de manière à lui faire franchir le collet du sac s'il est possible, et à faire pénétrer son extrémité jusque dans la cavité abdominale. Pinçant alors fortement le sac entre l'index introduit dans sa cavité et les autres doigts de la main gauche on l'attire lentement et sans violence mais avec force au dehors, de manière à faire sortir du trajet herniaire non seulement le collet du sac, mais le péritoine situé au-delà, jusqu'à ce qu'on en ait attiré de la sorte un, deux ou trois centimètres hors de l'anneau crural ; avec la sonde cannelée, maniée de la main droite, on facilite le dégagement du collet

du sac et du péritoine adjacent en détruisant les adhérences celluluses qui l'entourent.

Quand le sac est suffisamment attiré, ce qu'on reconnaît à la résistance qu'il oppose aux tractions, on le traverse de part en part, le plus près possible de l'anneau crural, avec une aiguille de Reverdin qu'on conduit jusqu'au contact de l'index maintenu dans sa cavité. Cette aiguille entraîne une anse de soie assez forte dont on coupe la boucle. Les deux fils qui traversent le péritoine, ainsi pédiculisé bien au-dessus de la hernie, sont entrecroisés. On serre et on assure par un double nœud celui de ces fils qui étreint la partie supérieure du pédicule de la hernie, puis on ramène au-dessous de ce pédicule les deux chefs du second fil et on les serre sur l'extrémité même du doigt au ras de l'orifice crural ; le doigt introduit dans le sac n'est retiré que lentement au moment où il se sent étreint par cette ligature qu'on serre en arrière de lui dès qu'il a quitté le trajet herniaire. Cette précaution a pour but d'empêcher l'épiploon de s'introduire dans le sac au mement où l'on en fait la ligature et d'éviter de le comprendre dans celle-ci.

Le péritoine étant ainsi fermé par une double ligature entrecroisée placée bien au-delà du collet du sac, celui-ci est excisé par une section faite à quelques millimètres en avant de la ligature dont les fils sont aussitôt coupés ; on voit le moignon péritonéal se retracter et disparaître sous l'arcade de Fallope.

4^e Temps. — *Suture du Trajet Herniaire.* —

C'est le temps essentiel de la cure radicale : Nous disons suture du trajet et non de l'anneau, car le but est d'oblitérer tout le trajet par une série de sutures superposées.

L'orifice herniaire est bien découvert, les bords de l'incision cutanée écartés avec des crochets mousseux ; l'arcade de Fallope, le ligament de Gimbernat, le ligament de Cooper, l'aponévrose du pectiné sont de nouveau bien découverts et mis à nu. On reconnaît avec soin la partie profonde (postérieure) du bord inférieur de l'arcade, celle qui reçoit les insertions du fascia transversalis et d'où partent les fibres du ligament Gimbernat; pour mieux la voir il est utile de faire relever avec un rateau le bord antérieur de l'arcade. Refoulant alors aussi loin que possible avec l'index de la main gauche la veine fémorale, immédiatement en avant d'elle on traverse la partie la plus profonde du bord inférieur de l'arcade fémorale avec un fil de soie. On reprend le chef inférieur de ce fil avec une aiguille de Reverdin qui traverse les insertions du pectiné et son aponévrose au ras du ligament de Cooper, en prenant même si possible un peu de ce ligament avec l'aiguille et cela jusqu'en arrière de la veine fémorale que rétracte en dehors l'index de la main gauche. C'est un temps délicat un peu dangereux, aussi ne doit-on

jamais commettre à un aide le soin de récliner la veine fémorale. L'opérateur doit la protéger lui-même avec son doigt pendant qu'il passe ce premier point de suture : On établit de la sorte un premier point de suture qui réunit la partie la plus profonde du bord inférieur de l'arcade de Fallope au ligament de Cooper et aux insertions de l'aponévrose du pectiné ; la manière dont ce fil a été placé fait que, quand il est serré, il refoule en dehors la veine fémorale et ferme la partie la plus externe et la plus profonde de l'infundibulum de l'orifice herniaire. Mais avant de le serrer on passe un second, un troisième et plus rarement un quatrième point de suture de la même façon entre les mêmes plans anatomiques mais en dedans du précédent. Le passage de ces points de suture profonds réclame moins de précautions car ils sont de plus en plus éloignés de la veine fémorale qui est protégée par le premier fil.

Pour faire cette suture profonde on emploie de la soie stérilisée assez forte ; quand elle est achevée, la lèvre postérieure du bord inférieur de l'arcade est solidement fixée au pubis sur toute la largeur de l'orifice herniaire et même au-delà, grâce à la précaution qu'on a de récliner la veine en dehors pour placer le premier point de suture.

Cette suture est complétée par une série de ligatures superposées d'arrière en avant et concentriques qui réunissent l'aponévrose du pectiné à l'arcade de

Fallope et à l'aponévrose d'insertion du grand oblique.

Pour les placer, avec une aiguille de Reverdin courbe, une anse de soie est passée sous l'aponévrose du pectiné tout près de son insertion à la crête pectinéale de manière que ses deux extrémités ressortent dans l'anneau crural, l'externe presque au dessous de la veine fémorale qu'on recline fortement au dehors, l'interne tout près du ligament de Gimbernat. Le premier de ces chefs est repris par l'aiguille avec laquelle on ponctionne l'arcade crurale en avant de la veine fémorale ; on glisse de dehors en dedans la pointe de l'aiguille dans la gouttière que forme la face supérieure de l'arcade et on la fait ressortir au delà des limites internes de l'orifice herniaire au niveau du ligament du Gimbernat. On obtient ainsi une boucle qui étreint, d'une part la partie supérieure de l'aponévrose du pectiné de l'autre le bord inférieur de l'arcade crurale dans toute la largeur de l'anneau crural.

Deux ou trois autres points de suture sont passés en avant du précédent, réunissant les parties de l'aponévrose du pectiné situées plus bas, avec les parties de l'aponévrose d'insertion du grand oblique situées au dessus du premier point.

Les points ainsi disposés forment une suture en bourse à étages qui applique sur une grande largeur l'une contre l'autre les parois opposées du canal crural. Quand ils sont serrés on peut s'assurer que rien

ne peut passer au dessous de l'arcade de Fallope, en dedans des vaisseaux.

5^e Temps. *Réunion superficielle.* — On réunit alors par quelques points de suture supplémentaires en bourse au catgut le ligament falciforme, le fascia crébriforme, puis le fascia superficiel du tissu cellulaire sous cutané de manière à supprimer tout espace mort sous la ligne de réunion des téguments. Celle-ci est faite par quelques points de crins de Florence. On ne fait pas de drainage. Un pansement compressif à la gaze et à l'ouate stérilisée enveloppe toute la région. On laisse celui-ci sept jours en place au bout desquels on enlève les sutures de la peau. La réunion est complète et est faite par première intention.

On laisse encore l'opéré trois semaines au lit puis il se lève sans qu'il soit nécessaire de lui faire porter un bandage de précaution.

II. — Manuel opératoire pour le traitement de l'épiploon adhérent

Quand la hernie crurale renferme de l'épiploon adhérent à sa face interne et irréductible, le manuel opératoire comprend deux temps complémentaires, La découverte et l'extirpation de l'épiploon adhérent.

Dès que le sac est ouvert on s'assure de la quantité d'épiploon qu'il renferme, de l'étendue et du niveau des adhérences qui unissent celui-ci à la face interne

du sac, plus fréquemment encore au collet ou même au dessus de celui-ci dans le canal crural. Quand celles-ci sont récentes on peut les dissocier et attirer l'épiploon au dehors pour le pédiculiser, le lier et l'exciser. Mais quand les adhérences que l'épiploon a contractées avec la face interne du collet sont intimes on ne saurait les diviser que par une dissection aux ciseaux ou au bistouri qui exposerait à un suintement sanguin abondant et surtout à léser les parois du sac. Il faut chercher à pédiculiser et lier l'épiploon libre au dessus des adhérences qui l'unissent au sac.

Pour cela on attire celui-ci au dehors aussi fortement que possible jusqu'à ce que le collet soit bien exposé à la vue et que le péritoine adjacent soit lui-même attiré au travers de l'anneau. On fend alors longitudinalement le sac herniaire, le collet et le péritoine dans toute la longueur. On arrive ainsi sur un point où l'épiploon est libre d'adhérences, on charge ce dernier sur une sonde cannelée; on le divise en deux ou trois pédicules distincts, en se servant pour cela des espaces dépourvus de vaisseaux que présente l'épiploon. Puis chacun de ces pédicules est étreint par une double ligature entrecroisée faite avec de la soie aseptique.

Chacun de ces pédicules est coupé immédiatement en avant de la ligature qui y assure l'hémostase et les moignons épiploïques ainsi constitués sont retournés au travers de l'anneau dans la cavité abdo-

minale. Le sac lui-même est alors pédiculisé et lié le plus haut possible on le coupe au ras de la ligature et ce qui en reste est extirpé avec le bout d'épiploon qu'il renferme. On procède enfin à la suture du trajet comme lorsqu'il s'agit d'une hernie réductible.



Suites et résultats de la cure radicale des hernies irréductibles

Si les règles de l'aseptie ont été scrupuleusement observées les suites de la cure radicale sont simples.

Nous avons déjà signalé les complications du côté de l'appareil respiratoire qui peuvent se produire après la cure des hernies volumineuses.

L'épiploon peut présenter des poussées inflammatoires qui sans avoir beaucoup de gravité peuvent cependant donner lieu à de petits foyers de suppuration.

On peut voir aussi après la cure radicale des phénomènes d'occlusion intestinales. Ces faits sont dus à une bride ou à une adhérence épiploïque sous laquelle s'engage et s'étrangle une portion de l'intestin à une coudure ou une torsion produite par les adhérences que l'intestin réduit avec des brides ou des adhérences cruentées par la dissection, contracte au niveau des surfaces avec lesquelles il se trouve en contact.

Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet de discuter de la valeur de chacun des procédés opératoires que nous avons dû citer.

La myoplastie et les différentes greffes osseuses nous paraissent devoir être réservées pour les hernies très volumineuses et à anneau très dilaté.

Le procédé de Ruggi Tuffier permet de lier l'épiploon bien au-dessus du collet du sac, mais nous avons vu que le sac peut contracter, rarement il est vrai, des adhérences très serrées avec les vaisseaux, adhérences qu'il serait difficile de détruire par cette voie.

En 1895, M. le Professeur Berger exposait ainsi le résultat obtenu par sa méthode.

Sur 25 hernies crurales opérées en trois ans, une seule récurrence avait été constatée, dans ce cas l'arcade de Fallope avait été tranchée en partie pour détruire des adhérences.

Tous ces opérés avaient été revus après deux mois, deux après 6 mois, un après un an. un après trois ans. Chez ce dernier, opéré d'une énorme hernie, une hernie inguinale commençait à se développer sans que la hernie crurale ait récidivé.

Nous avons pu nous-même revoir quelques-uns des opérés de M. Berger, de 1896 à 1899. Dans aucun cas nous n'avons constaté de récurrence. Dans un cas l'opération date de 2 ans et demi. Un cas opéré depuis un an et demi Trois depuis dix mois.

(1) Berger. Bulletin médical, 19 mai 1895.



OBSERVATIONS

Observation I

Hir... Thérèse, 37 ans, couturière, entre le 12 novembre 1898, à l'hôpital de la Pitié, pour hernie crurale droite.

Antécédents. — Six enfants avant terme. Tous les accouchements se sont bien passés.

La malade s'aperçut, il y a 8 jours, d'une petite tumeur grosse comme un petit œuf à la suite d'un effort pour soulever un fardeau. Tumeur d'emblée douloureuse et ayant provoqué quelques coliques. Depuis 4 ans, la malade souffrant du côté droit, au niveau de l'aîne, mais à aucun moment elle n'avait remarqué de grosseur.

On constate du côté droit, une tumeur du volume d'un petit œuf, douloureuse, un peu fluctuante dont le pédicule se continue au dessous de l'arcade fémorale partiellement irréductible.

Diagnostic, épiplocèle droite légèrement enflammée.

La malade est mise au repos. Au bout de 8 jours, la hernie est redevenue réductible.

Opération, le 5 décembre.

Après incision cutanée, on tombe sur un sac très gras

et très épais, mais qui ne contient plus, ni épiploon, ni intestin.

Le sac décollé très haut est attiré, ligaturé et resequé. Suture profondes à la soie.

1° Trois points réunissant l'arcade fémorale à sa partie profonde, avec le ligament de Cooper.

2° Deux points en bourse, réunissent l'aponévrose du pectiné à l'arcade de Fallope.

3° Points de suture au catgut réunissant le ligament falciforme à l'aponévrose pectinéale.

4° Suture cutanée.

Observation II

Vén., 37 ans, journalière, entre à l'hôpital de la Pitié le 7 novembre, pour hernie crurale gauche. Il y a six ans la malade vit apparaître une petite grosseur du côté gauche. Cette apparition fut accompagnée de douleurs mais sans nausées. Cette tumeur persiste à la suite de cette crise. A la suite de nouvelles crises la tumeur augmente de volume sans jamais diminuer ni disparaître soit spontanément soit à la suite d'efforts.

On constate au pli de l'aîne du côté gauche, une tumeur volumineuse proéminente, de 10 à 12 centimètres de diamètre transversal de 6 à 7 de diamètre vertical, molle, fluctuante, sans expansion ni impulsion par la toux, absolument irréductible, paraissant mobile sur les parties profondes mais fixée en un point situé au-dessous de la bran-

che horizontale des pubis et paraissant avoir un pédicule.

Diagnostic : Epiplocèle adhérente avec accumulation de liquide.

Opération le 16.

Isolement facile d'un sac énorme contenant un liquide roussâtre et beaucoup d'épiploon adhérent au collet.

Le collet et l'épiploon sont attirés au dehors.

L'épiploon est réséqué au-dessus des adhérences et réduit dans l'abdomen. Le sac est réséqué très haut.

Sutures profondes à la soie.

1° Trois points réunissent la partie postérieure de l'arcade fémorale avec le ligament de Cooper.

2^a Deux points en bourse réunissent l'aponévrose du pectiné à l'arcade de Fallope.

3° Quelques points au catgut rapprochent le ligament falciforme et le fascia crebriforme.

3° Suture de la peau.

La malade sort guérie au bout de quatre semaines.



CONCLUSIONS

1°. Les Hernies crurales irréductibles doivent toujours être soumises à la cure radicale quelles que soient leur nature ou leur variété à moins de contre indications formelles.

2°. Les contre indications, à part celles tirées de la coexistence d'affections organiques qui sont les mêmes pour toutes les variétés de Hernie sont :

1° L'état inflammatoire de l'Epiploon (contre indication momentanée.

2° L'Age.

3° Le Volume excessif.

4° La Distention de l'aine.

3° En raison de la fréquence et de la gravité des accidents dans la hernie crurale les trois contre indications précédentes sont de beaucoup moins rigoureuses que dans les autres variétés de Hernie.

On pourra donc opérer malgré les contre indications quand l'état local permettra d'espérer une guérison ou une amélioration notable et qu'un état général excellent écartera toutes chances de complication,

4° Sans vouloir nous permettre de juger le pro-

cédé de notre maître le Professeur Berger, nous ferons cependant remarquer qu'il réalise les trois conditions essentielles de toute bonne cure radicale.

A) Destruction complète du sac et de l'Infundibulum.

B) Grande faculté dans la ligature et l'Excision de l'Epiploon au-dessus de ses adhérences.

C) Fermeture solide et complète de l'Anneau crural et du trajet herniaire.

Vu :

Le Président,

Paul BERGER.

Vu : Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

